Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Erlangen.
Direktor: Professor Dr. Meggendorfer.

Die Diagnose

des

manisch-depressiven Irreseins

im

erbgesundheitsgerichtlichen Verfahren

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

vorgelegt von

Rudolf Reus

aus Schwarzenfeld (Bayr. Ostmark)

1941

Druckerei Wissenschaftlicher Werke Konrad Triltsch, Würzburg-Aumühle

Dekan: Prof. Dr. Richard Greving.

Referent: Prof. Dr. Meggendorfer.

Zum Druck genehmigt von der Medizinischen Fakultät Erlangen.

Tag der mündlichen Prüfung: 28. März 1940.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen guten Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

Inhaltsübersicht.

I. Die Berechtigung des Gesetzes über die Unfruchtbarmachung Geisteskranker.

II. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bei der Begutachtung im Rahmen des manisch-depr. Irreseins.

III. Gewonnene Erkenntnisse bei Bearbeitung der angeführten Gutachten.

IV. Zusammenfassung.

V. Literaturverzeichnis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533921_0060

I. Die Berechtigung des Gesetzes über die Unfruchtbarmachung Geisteskranker.

Eine der vielen sozialen Aufgaben des Staates besteht in der Versorgung und Betreuung der Geisteskranken. Die hierfür täglich aufzuwendenden Summen erreichten im Laufe der Nachkriegsjahre eine Höhe, welche in keinem tragbaren Verhältnis zu den relativ geringen Ausgaben für gesunde und bedürftige Volksgenossen stand. Die Zunahme der Geisteskranken bewegte sich im Vergleich zu der allgemeinen Bevölkerungszunahme in Deutschland in einer steil aufstrebenden Kurve. So z. B. trafen entsprechend der Statistik des Deutschen Reiches vom Jahre 1928 im Jahre 1877 auf 10 000 der mittleren Bevölkerung 9,2 Geisteskranke, während im Jahre 1924 die Zahl der Geisteskranken 32,7 betrug. Während z. B. die Bevölkerungszunahme der Stadt Hamburg von 1877—1928 28% betrug, erreichte die Zunahme der Geisteskranken in derselben Zeit in dieser Stadt 579,51%! Allein schon diese beiden Beispiele beweisen die Notwendigkeit, allen an einer erblichen Seelenstörung Erkrankten die Möglichkeit einer weiteren Fortpflanzung zu nehmen. Bereits vor der Verabschiedung des am 1. 1. 1934 von der Regierung des Dritten Reiches erlassenen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses haben sich zahlreiche Forscher, namentlich auch Psychiater, für eine gesetzliche Regelung eingesetzt. In vielen Schriften und wissenschaftlichen Werken wurde auf die große Gefahr einer negativen Auslese des Volkes hingewiesen. Heute können wir auch in anderen Ländern den Ansatz zu entsprechender Selbsthilfe des Volkes gegen den durch Weiterzüchtung erbkranken Nachwuchses unvermeidbaren ethisch-wirtschaftlichen Zusammenbruch verfolgen. So sind z. B. in U.S.A., einigen Kantonen der Schweiz und in Dänemark bereits gesetzliche Bestimmungen über die Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger und Geisteskranker in Kraft getreten. In Norwegen, Schweden und Finnland sind entsprechende Gesetze in Bearbeitung.

Solange der Mensch bar jeglicher sozialen Fürsorge in der unmittelbaren Abhängigkeit von den Naturgewalten stand und somit der natürlichen Auslese unterworfen war, war freilich die Frage

der künstlichen Auslese noch kein völkisches Problem. Dennoch aber finden wir schon in alter Zeit Maßnahmen zur Gesunderhaltung des Volkes, erlassen aus dem instinktiven Bewußtsein der unheilvollen Auswirkungen erblich belasteter Generationen. Ich erinnere hiebei nur an die Aussetzung gebrechlicher und minderwertiger Kinder der Spartaner am Taygetus oder an das Werk Boethius, „De veterum Scotorum moribus", wonach Schotten, die mit einer vererbbaren Krankheit behaftet waren, entmannt und deren Töchter verbannt wurden.

Diese Maßnahmen konnten sich lediglich auf rein empirisch gewonnene Erkenntnisse, aus den bei Aufzucht von Haustieren oder aus der Verwertung von Sippen- und Familienstammbäumen gewonnenen Erfahrungen stützen.

Eine eingehende ärztliche Stellungnahme zur Frage der Vererbung geistiger Krankheiten finden wir eigentlich erst bei Prosper Lucas (1808—1885) in seinem Werke „Traite philosophique et psychologique des l'Heredite naturelle dans les Etats des Sante et des maladies du systeme nerveux". U. a. stellte er in seiner Anstalt unter 77 Maniekranken bei 45 erbliche Belastung fest.

Doch damit war der exakten Wissenchaft noch kein auch nur annähernd verwertbarer Beweis der Vererbung geistiger Krankheiten gegeben.

Die Erschließung dieses bis dahin noch unerforschten Gebietes konnte erst dann wahrscheinlich gemacht werden, als anstelle der Humorallehre die fundamentalen Erkenntnisse Virchows über die Zelle als Baustein des Körpers und Träger jeglichen Lebens bahnbrechend für die weitere Forschung wurden. Erstmalig erkannte man, daß omnis cellula e cellula; daraus ergab sich dann die notwendige Schlußfolgerung, daß Ei- und Samenzelle die Träger der Erbmasse sind. Dieses Wissen wurde noch vertieft durch die weitere Erkenntnis, daß der Gang der Vererbung an unabänderliche streng biologische Gesetzmäßigkeit gebunden ist.

Die Möglichkeit, auch bei Geisteskrankheiten das Auftreten vererbbarer Eigenschaften durch Generationen verfolgen zu können, verdanken wir aber letzten Endes K r a e p e l i n , dessen unsterbliches Verdienst es ist, aus dem bis dahin verschwommenen Bilde geistiger Krankheiten zwei Formenkreise herausgeschält zu haben: Das Manisch-depressive Irresein und den Formenkreis der Schizophrenie. Damit, daß er diese beiden großen Krankheitsbilder in ihren Symptomen festlegte und dabei streng voneinander abgrenzte, gab er der Diagnostik in der Psychiatrie eigentlich erst den festen Unterbau.

Von dieser Zeit an datiert der erfolgreiche Einsatz der Psychiatrie auf dem Gebiete der Erbforschung, wobei besonders die vergangenen zehn Jahre von Bedeutung sind.

Nach den ausgedehnten Forschungen Rüdins gibt es heute nachweisbar Geisteskrankheiten, für die der Mendel'sche Vererbungsgang bereits einwandfrei nachgewiesen ist (z. B. erblicher Veitstanz, angeborener Schwachsinn). Wo aber dies nicht der Fall ist, nehmen die geistigen, der Erblichkeit verdächtigen Anomalien in den Geschwistersippen proportional mit ihrem Vorkommen bei den Vorfahren und nächsten Verwandten zu. Eine noch im weiteren Ausbau begriffene Forschungsmethode ist die der eineiigen Zwillinge. Hiezu schreibt Rüdin: „Je wahrscheinlicher die Eineiigkeit (gleich Erbgleichheit) gemacht werden kann, um so mehr sind die beiden Zwillinge dem Schicksal des Erkrankens oder Gesundbleibens miteinander verbunden."

Was den Erbgang selbst betrifft, so hält Rüdin für wahrscheinlich, daß er nach dem Prinzip einer Polymerie mit einem dominanten und zwei recessiven Faktoren erfolgt, während Bumke nach den Änderungen des thymopathischen Phänotypus nicht nur eine Polymerie, sondern auch das Vorkommen intermediärer bzw. unvollkommen dominanter Typen annimmt. Freilich läßt sich das komplizierte Gebilde einer Geisteskrankheit nicht immer in die straffen Formen einer Mendel'schen Regel zwängen. Dennoch aber finden sich bei manisch-depressivem Krankheitsbild, mit dem ich mich in der vorliegenden Arbeit auseinandersetzen will, die Mendel'schen Regeln bestätigt, wenn man berücksichtigt, welch wichtige Modifikationen gerade bei diesem Formenkreis bestehen. Nachdem es erwiesen ist, daß sich manisch-depressives Irresein mindestens in einem Merkmal dominant vererbt, d. h. die manisch-depressiven Kranken einer Generation zum großen Teil von Manisch-Depressiven der vorangehenden Generation abstammen, so kann durch die Unfruchtbarmachung wirklich auch eine Herabsetzung der Erkrankungsziffer erreicht werden. Für das Auftreten des zirkulären Irreseins gibt es verschiedene Annahmen. Nach Hoffmann handelt es sich dabei um Gleichgewichtsstörungen zweier antagonistischer Hormone (einem euphorisierenden und einem deprimierenden), die schließlich wieder begründet sein können in der Labilität des affektiven Apparates wie auch in Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Doch diese Schlußfolgerungen sind m. E. wohl noch rein hypothetischer Natur.

Praktische Anhaltspunkte für die Vererbung des manisch-depressiven Irreseins bringt Rüdin. Er führt an, daß von sechs Familien, von denen je ein Elter manisch-depressiv und der andere schizophren

waren, unter 17 Kindern 3 schizophren und 2 manisch-depressiv erkrankten.

Luxenburger untersuchte die Geschwister von 100 Manisch-Depressiven, wobei er fand, daß von deren Nachkommen ebenfalls wieder 10,07% manisch-depressiv erkrankt waren. U. a. fand er eine Krankheitserwartung von 32,3% für die Kinder e i n e s manisch-depressiven Elters, und eine Krankheitserwartung von 38,7%, wenn beide Elters Thymopathen waren.

Daraus ergibt sich, daß für die Erkrankung der Kinder bereits die Krankheit des Vaters o d e r der Mutter genügt.

Als Überblick über Erkrankungswahrscheinlichkeit möchte ich folgende Tabelle anführen:

für Geschwister Manisch-Depressiver:	13,5%
„ Neffen und Nichten:	3,4%
„ Vettern und Basen:	2,5%
„ Durchschnittsbevölkerung:	0,44%.

Es ließen sich an Hand ausgedehnter Reihenuntersuchungen und unter Heranziehung von Krankengeschichten unzählige derartige statistische Tatsachen anführen, die in gleicher Eindeutigkeit zeigen, daß das manisch-depressive Irresein eine Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist.

II. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bei der Begutachtung im Rahmen des manisch-depr. Irreseins.

Bevor ich auf die eigentlichen erbgesundheitsgerichtlichen Erfahrungen bei der Diagnose des manisch-depressiven Irreseins näher eingehe, seien einige wichtige grundsätzliche differentialdiagnostische Erwägungen vorausgeschickt.

Das Wissen von dem häufigen Wechsel zwischen Manie und Depression, sowie auch die Annahme einer gewissen Verwandtschaft zwischen ihnen in Form der affektiven Psychosen reicht bis in das Altertum zurück. Doch immer wieder versuchte man, die periodischen Psychosen von den einfachen zu trennen. Das manisch-depressive Irresein als einheitliches, fest zusammenhängendes Krankheitsbild kennen wir eigentlich erst, seitdem Kräpelin neben der Verlaufsform besonders den Übergängen der einzelnen Phasen ineinander seine Aufmerksamkeit zuwandte. So erkannte man darin die mannigfaltigen Mischformen, die besonders dadurch zu Komplikationen führen,

daß eine Mischung nicht nur zwischen den großen Symptomengruppen, sondern auch zwischen den einzelnen Teileinheiten erfolgen kann. Daraus wird es verständlich, daß nicht selten gerade bei Begutachtungen derartige Grenzfälle zu langwierigem Meinungsaustausch führen können.

Auch aus der nunmehr folgenden Bearbeitung und Verwertung der Ergebnisse verschiedener psychiatrischer Gutachten läßt sich ersehen, daß nicht allzuviele Krankheitserscheinungen dem typischen Bild entsprechen, das die Lehrbücher uns bieten. Gerade in der Psychiatrie ist dies umso mehr verständlich. Denn während bei körperlichen Erkrankungen g l e i c h e Symptomkomplexe wohl immer g l e i c h a r t i g e, zum mindesten sehr ähnliche Krankheiten anzeigen, können innere Vorgänge der Psyche, die dieselben Grundzustände besitzen, sich in gar mannigfaltigen Bildern der Außenwelt kundtun. Der äußerliche Erscheinungskomplex ist eben nach Birnbaum charakterisiert durch das Produkt eines sehr komplizierten und vielseitig variierenden Zusammenwirkens von Momenten verschiedener Art, verschiedener Wertigkeit und verschiedenen Ursprungs.

So sehen wir auch in den folgenden Begutachtungen, daß in manchen Fällen Nebenbefunde auftreten können, die mit dem Symptomenkomplex des Hauptkrankheitsbildes in keinerlei Beziehung zu stehen scheinen. Nicht selten begegnen wir schizophrenen Psychosen, die vielfach zirkulär gefärbt sind und umgekehrt können manisch-depressive Krankheitsbilder mit katatonen Erscheinungen einhergehen. Desgleichen können innerhalb des manisch-depressiven Krankheitsbildes durch die äußerst vielseitige Vermischung manischer und melancholischer Symptome agitierte Depressionen und manischer Stupor vorkommen. Mitunter zeigt sich bei Denkhemmung auch ein auffallender Rededrang. Hiebei ist zu beachten, daß dieser auch lediglich eine psychische Schwäche bedeuten kann, besonders dann, wenn der Sprechdrang nicht die Form des Mitteilungsdrangs annimmt.

Damit befinden wir uns bereits inmitten der differentialdiagnostischen Erwägungen. Man kann manchmal in Gefahr kommen, eine manisch gefärbte, symptomatische Psychose bereits als verworrene Manie anzusprechen. Man beachte in solchen Fällen, inwieweit dem Manischen im weiteren Verlauf Selbständigkeit zukommt. Bilden sich mit Aufhören der Grundkrankheit sowohl die manischen Züge als auch die symptomatische Psychose zurück, dann ist das Manische eben nur pathoplastisch; es macht sich nie allein bemerkbar, während es bei der verworrenen Manie einen pathogenetischen Faktor aus-

macht. Oft steht auch die Frage zur Entscheidung, ob eine reaktive Depression oder konstitutionell bedingte Nervosität vorliegt. Wertvoll hiebei dürfte die Beobachtung sein, daß die konstitutionell Nervösen durch beruhigenden Zuspruch oder durch ärztliche Suggestivmaßnahmen meist zu beeinflussen sind und daß sie nur dann gereizt werden, wenn sie gestört werden. Wohl zeigen sie dann eine gewisse motorische Unruhe, doch ihre Äußerungen sind deutlich getragen von Selbstbeschönigung, die sich bis zu egoistischer Rücksichtslosigkeit steigern kann. Handelt es sich um Hysterische, so kann man meist deutlich erkennen, daß die Selbstanklagen, wie sie auch Manisch-Depressive vorbringen, einen bestimmten Zweck verfolgen. Entweder will der Kranke dabei den Widerspruch oder den Zuspruch des anderen herausfordern. Außerdem läßt sich meist beobachten, daß der Hysterische umso mehr jammert etc., je mehr Publikum er vor sich hat. Zur weiteren Klärung treten aber bei entsprechender Klinikbehandlung die hysterischen Züge bald zurück, sodaß sich dann das eigentliche depressive Zustandsbild, falls vorhanden, deutlich herausbildet.

Wie sich auch anhand der folgenden Gutachten nachweisen läßt, können Überschneidungen des schizophrenen und des manisch-depressiven Formenkreises dadurch vorkommen, daß jemand beide Anlagen ererbt. Es steht heute fest, daß Manisch-Depressive auch schizophrene Kinder haben können, eben dann, wenn die schizophrene Anlage die manisch-depressive im Phänotypus überdeckt. Außerdem kann, nachdem die Vererbung der Schizophrenie rezessiv erfolgt, diese Krankheit auch bei Manisch-Depressiven unbemerkt vorhanden sein. Ein deutliches Unterscheidungsmerkmal ist jedoch darin zu sehen, daß der Schizophrene nicht gehemmt, sondern gesperrt ist, d. h. sein trauriges Gebaren ist nicht entsprechend betont. Dabei ist es oft unmöglich, mit dem Kranken in eine seelische Verbindung zu kommen. Auch das Jammern etc. zeigt einen auffallend stereotypen Charakter und nicht selten mischen sich in die Äußerungen der Angst katatone Symptome. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch auf die Untersuchungsergebnisse Kretzschmers hinweisen, der bei Schizophrenen rasches Absinken der durch intravenöse Dextrobelastung herbeigeführten hyperglykämischen Kurven fand im Gegensatz zu dem langsamen Absinken bei Thymopathen. Georgi gibt an, nach depressiven Anfällen eine deutliche Vermehrung des Lipoids festgestellt zu haben. Unter anderem würden bei katatonischem Stupor die vasomotorischen Erscheinungen deutlicher hervortreten. Wieweit diese Ergebnisse praktisch verwertbar sind, entzieht sich allerdings meiner Kenntnis.

Ansätze zu paranoischen Gedankenrichtungen können wir in fast allen Phasen des zirkulären Irreseins erkennen. Specht bezeichnet sie als paranoische Zustandsbilder im Verlauf manisch-depressiver Erkrankungen. Sehr oft schließen sich an manisch-depressive Paroxysmen paranoische Phasen an, besonders gegen das Ende einer Melancholie hin nimmt diese eine paranoische Färbung an.

Nicht geringe Schwierigkeiten kann schließlich auch die Abgrenzung des Irreseins aus Zwangsvorstellungen bereiten, denn Zwangszustände können bei den verschiedensten Erkrankungen vorkommen. Bei manisch-depressivem Irresein und Schizophrenie treten sie häufig zu Beginn der Erkrankung auf, wobei sie mitunter das Krankheitsbild vollkommen beherrschen können. Im weiteren Verlauf aber kann das Bild durch das Hervortreten der Melancholie bzw. Schizophrenie dann meist eindeutig geklärt werden. Mitunter steht auch zur Entscheidung, ob es sich bei dem Kranken um eine epileptiforme Verstimmung oder um eine echte Melancholie handelt. Hier muß wie auch bei den übrigen Krankheitsbildern das Gesamtbild, das der Kranke bietet, im Vordergrund der Erwägungen stehen. Wohl besteht auch bei epileptiformer Verstimmung ein Wechsel zwischen erregter und gedrückter Stimmungslage, doch charakteristisch für die Annahme dieser Verstimmung sind daneben die Sinnestäuschungen und die inkohärenten Gedankenverbindungen; vor allem ist dabei der Nachweis der eigentlichen epileptischen Wesensänderung von entscheidender Bedeutung.

Von Interesse dürfte auch sein zu erörtern, inwieweit bei sicher exogenen Schädigungen endogene Bilder im Sinne des Manisch-Depressiven vorkommen können. Hiebei beschreibt Kleist nur depressive Bilder, während Bonhöffer wohl das Vorkommen manischer, aber nicht depressiver Bilder zugibt. Bezüglich der exogenen Auslösung von seelischen Störungen durch Lues spricht Bostroem u. a. von einer organischen Hirnschädigung, die eine in der Persönlichkeit bereitliegende Phase aus dem manisch-depressiven Formenkreis zur Auslösung bringen könne. Diese Phase würde aber schließlich durch die immer stärker hervortretenden Symptome der Paralyse vernichtet werden, nämlich durch die Demenz.

Öfters finden wir den Einwand vor, daß der Patient nicht an manisch-depressivem Irresein erkrankt sei, da bei ihm nur ein einziger Fall von Manie bzw. Melancholie nachweisbar sei. Auch in den angeführten Gutachten finden wir diesen Einwand, es sei die Periodizität der Erscheinungsformen forderlich. Bei Überprüfung dieser Einzelfälle zeigt sich jedoch, daß sie getreu dasselbe Bild wie bei

periodischen Phasen bieten. Wie Rehm berichtet, neigen besonders die depressiven Formen zu solchen einmaligen Erkrankungen. Im übrigen hat Kräpelin die Veranlagung zu beiden gegensätzlichen Verstimmungen auch bei solchen Menschen nachgewiesen, in deren Leben nur eine einzige Manie oder Melancholie beobachtet wurde. Er hat Manien gesehen, die u. a. nach 7 Jahren, in einem anderen Fall nach 10 Jahren in Heilung übergingen und einen depressiven Zustand, der nach 14jähriger Dauer heilte.

Bezüglich der diagnostischen Verwertung der Schrift möchte ich die graphometrischen Untersuchungen G. Proskauers erwähnen. Er fand, daß die Unregelmäßigkeit der Zeilenabstände sowie der Größendifferenz zwischen Oberlängen und Mittellängen Manisch-Depressiver größer sei als bei Schizophrenen.

Bei der Schwierigkeit, die die Diagnostik des psychiatrischen Krankheitsbildes bereiten kann, darf aber vor allem nicht vergessen werden, daß das Gesamtbild, das der Kranke bietet, von ausschlaggebender Bedeutung ist. Hiezu rechne ich neben der bei Manisch-Depressiven in der Überzahl vorkommenden pyknischen Konstitution die familiäre Belastung. Die genaue Erforschung des Erbganges der verschiedenen Symptomenkomplexe, vor allem die Art, wie sich atypische Erscheinungen bei den bisher bekannten Psychosen weiter vererben, dürfte oft zur endgültigen Festlegung der Diagnose von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Im Folgenden sei anhand verschiedener Gutachten und Krankengeschichten dargelegt, mit welch großen Schwierigkeiten die Ergründung der Diagnose verbunden sein kann. Meist erschweren Dissimulationen von seiten des Kranken außerdem die Arbeit, auch die verschiedenen Angaben von Angehörigen besagen nicht viel angesichts der Tatsache, daß diese geistigen Störungen immer wieder unter falschem Namen gehen, wobei man für die Entstehung eines endogenen Zustandes häufig irgendwelche äußeren Umstände und Krankheiten anschuldigt.

Lange Zeit schenkte man der Bedeutung der Fortpflanzungsgefahr Manisch-Depressiver nicht die nötige Beachtung. Man glaubte, die geringe Heiratsfähigkeit der Manisch-Depressiven und die über dem Durchschnitt liegende Sterblichkeitsziffer würden automatisch die Beschränkung ihrer Kinderzahl herbeiführen. Seitdem man aber genauere Statistiken hierüber anfertigte, zeigt sich, daß die Sterblichkeit der Manisch-Depressiven nur das eineinhalbfache der Gesamtbevölkerung beträgt. Außerdem betrifft diese größere Sterblichkeitsziffer

nur die vorgerückten Altersstufen. Die Fortpflanzungsziffer dieser Kranken lag ebenfalls über dem erwarteten Mindestmaß, da in den meisten Fällen der Ernst dieser Erkrankung zu spät erkannt wurde.

III. Gewonnene Erkenntnisse bei Bearbeitung der angeführten Gutachten.

Fall 1.

Am 13. 6. 1935 stellte der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen Antrag auf Unfruchtbarmachung des 1894 geborenen X. wegen zirkulären Irreseins. Das Erbgesundheitsgericht beschloß einen Monat später die Unfruchtbarmachung. Die dagegen von X. eingebrachte Beschwerde wurde als unbegründet verworfen, wobei es hieß: Der Umstand, daß X. ohne jeden äußeren Anlaß 1935 neuerdings gemütskrank geworden ist, spreche dafür, daß er an manisch-depressivem Irresein leide und sein Gemütsleiden nicht etwa die Folge der im Kriege durchgemachten Krankheit (Typhus) sei.

Daraufhin richtete der Bruder des X. ein Gesuch an den Führer und Reichskanzler. Die Angelegenheit wurde nun an das zuständige staatliche Gesundheitsamt verwiesen. Dieses fand die Begründung des manisch-depressiven Irreseins im Unfruchtbarmachungsprozeß nicht beweiskräftig genug. Es wurde daher Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens gestellt.

Das Erbgesundheitsgericht Erlangen beschloß am 6. 5. 1936 das Verfahren wieder aufzunehmen, sowie ein Gutachten der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Erlangen über die Natur der Krankheit des X. einzuholen. Dieses wurde endgültig dahin abgegeben, daß X. an zirkulärem Irresein leidet.

Es ist interessant und lehrreich, mit welchen Begründungen man hiebei die Unfruchtbarmachung zu verhindern suchte. So wurden folgende Entlastungsmomente angeführt:

1. X. sei ein psychopathisches Temperament, bei dem infolge seelischer Erlebnisse sich eine reaktive Melancholie ausbildete. Diese Erkrankung, die sich klinisch als sog. endogene Depression darstellte, rücke in eine Grenzschicht der anlagebedingten Gemütskrankheiten, dorthin, wo der Übergang zu gewissen symptomatischen Psychosen mit affektiv gefärbten Zustandsbildern erfolgt. (Stoffwechselpsychosen, auch Infektionspsychosen.)

Außerdem sei die Erkrankung des X. nach den Entstehungsbedingungen mit einer anderen biologischen Wertigkeit zu messen als der Kerngruppe der manisch-depressiven Erkrankung, die autochthon schicksalsmäßig hervorzutreten pflegt.

2. Die Erkrankung sei eine Folge der im Kriege durchgemachten Krankheiten (Typhus).

Bei genauester Beobachtung und nach Einziehung von Erkundigungen mußten jedoch diese Feststellungen als unrichtig verworfen werden.

Ad 1. Würde es sich um einen reaktiven Verstimmungszustand handeln, so müßte diese Erkrankung nach spätestens einigen Monaten wieder abgeklungen sein. Auch lagen keine Miniaturformen, sondern ausgesprochene Psychosen vor, welche gerade bei manisch-depressivem Irresein autochthon und schicksalsmäßig hervorzutreten pflegen. Was schließlich die Annahme einer Grenzschicht anlagebedingter Gemütskrankheiten betraf, so mußte eine solche Feststellung grundsätzlich abgelehnt werden, da hiedurch ja die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in den meisten Fällen unmöglich gemacht würde.

Ad 2. Nach sorgfältigen Nachforschungen von seiten des Gutachters konnte in Erfahrung gebracht werden, daß es sich hier um eine wissentlich falsche Angabe handelte. X. hat im Felde nie einen Typhus durchgemacht, sondern ist nach einer geringfügigen Erkrankung alsbald wieder an die Front gekommen. Doch auch selbst bei der Annahme, daß X. wirklich an Typhus erkrankt gewesen sei, ist es unmöglich, daß diese Erkrankung nach vier Jahren als Reaktion eine Melancholie nach sich ziehen könnte, geschweige denn 19 oder 20 Jahre später, wie dies bei der letzten Phase der Fall sein müßte.

Im übrigen sei auf Anamnese und Krankengeschichte verwiesen: Im Alter von 25 Jahren befand er sich mehrere Monate dauernd in einer deutlich depressiven Verstimmung, litt an Minderwertigkeitsideen und Angstgefühl. Sechs und sechzehn Jahre später wiederum Auftreten dieser unbegründeten Depressionen. Auch die eingehende Untersuchung bestätigte obigen Befund, wobei besonders das Auftreten von Hemmungen das Zustandsbild vervollständigte.

Fall 2.

Wie verschiedenartig die diagnostische Bewertung eines Krankheitsbildes sein kann, und welche Schwierigkeiten der eindeutigen Klärung des Symptomenkomplexes oft zugrunde liegen können, sei an folgendem Fall aufgezeigt:

Vom zuständigen Amtsarzt wurde Antrag auf Unfruchtbarmachung der Patientin wegen manisch-depressivem Irreseins gestellt unter Berufung auf das Gutachten einer Psychiatrischen- und Nervenklinik, in der Patientin schon wiederholt behandelt worden war,

sowie unter Berufung auf die beim Erbgesundheitsgericht angefallenen diesbezüglichen Akten. Schon vorher, am 27. 11. 1936, war von der Psychiatrischen und Nervenklinik L. Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen manisch-depressiven Irreseins gestellt worden und nachher, am 15. 12. 1936, war Antrag seitens der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt B. gestellt worden; aber dieser Antrag sollte lediglich die Herbeiführung einer Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes bezwecken, da bei der Patientin eine Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes nicht für vorliegend angesehen wurde.

Um aus der 41 Seiten umfassenden Krankengeschichte die Gründe und Gegengründe einer eventuellen Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verstehen und würdigen zu können, sei Folgendes erwähnt:

Wegen einer Depression, die sich im November 1929 bei der 1901 geborenen Patientin entwickelte, erfolgte ein einmonatiger Klinikaufenthalt. Sechs Jahre später wurde sie von dem sie behandelnden Arzt wiederum eingewiesen mit der Bemerkung „es handle sich lediglich um eine etwas krankhafte Reizantwort auf sehr schwere, wirklich kaum tragbare Erlebnisse". Entlassung am 1. 8. 1936. Am 3. 8. 1936 Aufnahme in ein Altersheim unter der Diagnose „manisch-depressives Irresein".

Am 13. 8. 1936 Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt B. Dort wird bemerkt, daß auch der Depression von 1930 eine Geburt vorausgegangen sei, ein Umstand, der evtl. als auslösende Ursache in Betracht gezogen werden müsse. Aus den Krankenblättern des zweiten Klinikaufenthaltes ging außerdem deutlich hervor, daß auch schon damals die Ehe sehr zerrüttet gewesen sei. Aus diesen beiden Angaben glaubte man zu der Annahme berechtigt zu sein, daß es sich um eine reaktive Depression handeln dürfte. Diese Erkenntnis wurde erhärtet durch das Fehlen gerade der spezifischen Merkmale der endogenen Depression im Sinne des mechanisch-depressiven Irreseins wie z. B. der Hemmung, Das Darniederliegen des Selbstgefühls sei nur unabsichtlich vorgetäuscht. Es spreche alles für eine asthenische Reaktion auf die überaus schwierigen äußeren Verhältnisse.

Ende 1937 und März 1938 folgten wiederum Suicidversuche, nachdem bereits vorher mehrere solcher in früheren Krankengeschichten verzeichnet sind. Das Gesundheitsamt legte nunmehr gegen den Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes, der die Unfruchtbarmachung der Patientin ablehnte, Beschwerde ein.

Am 3. 11. 1937 beschloß nunmehr das Erbgesundheitsgericht B., den Antrag auf Unfruchtbarmachung abzulehnen mit der Begrün-

dung, daß nach den vorliegenden ärztlichen Gutachten sowie nach den gepflogenen Ermittlungen keine Feststellung getroffen werden könne, wonach manisch-depressives Irresein, eine Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes, vorliege, sondern es sei die Annahme begründet, daß es sich um eine depressive Reaktion handle.

Daraufhin legte am 23. 11. 1937 der zuständige Amtsarzt Beschwerde gegen den Beschluß des Erbgesundheitsgerichts vom 3. 11. 1937 ein. Er vertrat dabei die Ansicht, daß die Auffassung der Heil- und Pflegeanstalt B., der sich auch das Erbgesundheitsgericht angeschlossen habe, irrig sei. Es gehe aus den Krankengeschichten hervor, daß die Patientin erblich belastet sei, außerdem sei die Diagnose „manisch depressives Irresein" von maßgeblicher ärztlicher Stelle wiederholt angegeben worden.

Am 24. 3. 1937 forderte hierauf das Erbgesundheitsobergericht Bamberg von der Klinik E. ein Gutachten an, ob die Patientin an einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses leide.

Schon aus dem geschilderten Verhandlungsverlauf läßt sich erkennen, daß wohl auf beiden Seiten berechtigte Gründe zur Diagnosestellung vorliegen dürften. Dieser Umstand ist zweifellos für die Stellungnahme des Gutachters, der in diesem Für und Wider endgültige Klärung schaffen soll, erschwerend und läßt erkennen, daß nur genaueste Kenntnisnahme der einzelnen Gegebenheiten und deren richtige Bewertung die ausschlaggebende Diagnosestellung sichern können.

Die Kardinalfrage, mit deren Beantwortung in unserem Falle auch die Frage der Notwendigkeit der Sterilisierung der Patientin gelöst ist, lautete also: Handelt es sich bei der Patientin um eine psychopathische Persönlichkeit und um das Vorliegen einer psychogenen depressiven Reaktion oder entsprechen die Symptome ihres Krankheitsbildes mehr einer Melancholie aus dem Bereiche des manisch-depressiven Irreseins?

Vorausgeschickt sei, daß für die Annahme beider Voraussetzungen entsprechende Gründe vorliegen konnten. So sprachen vor allem die langsame und schwere Kindheitsentwicklung der Patientin, ihr infantiles Wesen und die mannigfaltigen inneren Widersprüche, die sich in einem gewissen Unzulänglichkeitsgefühl sowie in betontem Geltungsstreben äußerte, dafür, daß es sich bei ihr um eine psychopathische Persönlichkeit handeln könnte. Dazu kam noch die verschiedenartige Einstellung ihrem Mann gegenüber und eine gewisse Bindung an den Vater. Dafür, daß in der Hauptsache exogene

Momente für den jeweiligen Ausbruch der beiden Depressionen verantwortlich seien, führte man an, daß sich diese Depressionen in einer Zeit entwickelten, in der schwächende Momente auf die Frau einwirkten, so z. B. der Geschäftszusammenbruch, worin sie u. a. auch ein Versagen ihres von ihr so sehr verehrten Vaters erblickte, oder die großen Enttäuschungen in der Ehe. Außerdem habe sich die Patientin jeweils bei Ausbruch der Depression in der Laktationsperiode befunden. Wenn man außerdem in Betracht zieht, daß die Patientin, die durch diese äußeren Einwirkungen schon geschwächt war, auch von Natur aus psychisch labil und anfällig war, so lag es nahe, das Zustandbild der Kranken als eine psychogene Reaktion aufzufassen.

Wenn nun aber dennoch der Gutachter zu dem Schluß kam, daß es sich bei der Patientin um eine Melancholie aus des manisch-depressiven Irreseins handelte, so zeigt dieser Fall, daß erst viele Momente, die mitunter dem Unerfahrenen als belanglos erscheinen, die richtige Diagnosestellung erhärten bzw. sogar für sie ausschlaggebend sind.

So ergab in unserem Falle die Einziehung von Erkundigungen und das Studium der vielen Krankengeschichten, daß die Patientin schon mehrere, nicht durch äußere Umstände bedingte deutliche Depressionen durchgemacht hatte. Obwohl es ihr in ihrem Stellungsort gut ging, konnte sie sich nie dort eingewöhnen, sie sprach dauernd von einem großen Heimweh, einem unbestimmten Sehnen, das sie immer beherrsche. Auf ihrer Hochzeitsreise sei sie tieftraurig gewesen, und über ihre Schmerzen im Leibe, die zu einer Blinddarmoperation führten, äußerte sie: „Ich war froh, als ich Schmerzen im Leib bekam." Derartige charakteristische Äußerungen sind sicherlich für die Bewertung des Krankheitsbildes nicht von der Hand zu weisen.

Freilich sind die bereits erwähnten exogenen Momente vorhanden, der Verfasser des Gutachtens der hiesigen Klinik stand jedoch auf dem Standpunkt, daß gerade diese, durch äußere Einflüsse bedingten gemütlichen Erregungen echte melancholische Zustände auslösen könnten; bezüglich der Laktationsperioden verwies er auf die Feststellung, daß gerade die Zeiten der Umstellung des Organismus für e c h t e melancholische Zustände prädisponierend sein können.

Als Beweisgrund für das Nichtvorhandensein des manisch-depressiven Irreseins bei der Patientin wurde außerdem von der anderen Seite erwähnt, daß die Kranke keinen typisch depressiven Zustand im Sinne des manisch-depressiven Irrseins aufweise, oder in einem anderen Falle, daß das Krankheitsbild wohl gewisse Ähnlichkeiten mit einer Depression im Sinne des manisch-depressiven Irreseins zeige, daß es aber in wesentlichen Zügen anders sei. Gegen diese Einwände

ließen sich allerdings Äußerungen der Patientin selbst vorbringen, die vollkommen in den Symptomenkomplex einer Depression im Sinne des manisch-depressiven eingereiht werden könnten. „Ich bin dumm und feige, schlecht", „Ich bin eine Verbrecherin, die besser dem Staatsanwalt als dem Arzt vorgeführt werden solle" usw. Diese typischen Selbstanklagen und Versündigungsideen sind zweifellos Symptome des manisch-depressiven Irreseins.

Im Gegensatz hiezu wurde dabei von anderer Seite bemerkt, daß bei der Kranken unleugbar ein gewisses Geltungsbedürfnis vorliege. Hiezu stellte sich der Verfasser des Gutachtens der Erlanger Klinik auf den Standpunkt, daß dies in einem Mischzustand mit seinen verschwommenen Grenzen durchaus kein fremder Zug sei. Gerade diese Formen der gereizten Manie und agitierten Depression zeigen die eigentliche Mischform. Ich verweise dabei auf die Erörterungen dieser Frage im ersten Teil meiner Arbeit.

Außerdem konnte in dem Gutachten auch darauf hingewiesen werden, daß die Patientin einige deutlich hypomanische Zeiten durchgemacht hat, wobei ich mich hierin lediglich auf ihre eigenen Äußerungen beschränken möchte: „Ich sah plötzlich eine ganz andere Welt vor mir und fühlte, daß aller Druck von mir gewichen war", ein andermal erzählte sie: „Es war sehr, sehr schön, es ist mir alles noch einmal geschenkt worden, und ich kann nicht verstehen, wie ich die vergangene Zeit so rasch vergessen konnte."

Schließlich mußte auch zur Frage des Vorhandenseins einer Hemmung noch Stellung genommen werden. Der Gutachter verwies dabei auf die kleine, kraftlose Schrift der Patientin, die eventuell als Zeichen der Hemmung aufgefaßt werden könnte. Auch dazu habe ich bereits Stellung genommen. Außerdem ließen sich aus früheren Krankengeschichten der Kranken, wonach sie zeitweise gehemmt im Bette lag, sowie aus ihren eigenen Angaben, daß sie einfach nichts mehr fertig bringe, etc. Beispiele anführen, die zumindest das konstante Fehlen einer Hemmung von der Hand weisen konnten. Aber selbst bei Verneinen des Vorhandenseins einer Hemmung konnte die Annahme des manisch-depressiven Irreseins noch vertreten werden, denn es gibt auch Manisch-Depressive, bei denen einzelne oder auch alle melancholischen Phasen als Mischzustand, als ungehemmte Melancholie verlaufen.

Zum Schluß möchte ich noch anführen, daß sich der Verfasser des Gutachtens wohl darüber klar war, daß die Patientin wohl nicht vollkommen das Bild einer typischen Melancholie bot; dennoch aber

konnte er im Gegenbeweis die Annahme einer Melancholie bei der Kranken nicht ausschließen.

Wie in den meisten derartigen gelagerten Grenzfällen spielte auch hier die Frage der erblichen Belastung zur Erhärtung der Diagnosestellung eine wesentliche Rolle. So konnte schließlich auch in diesem Falle einwandfrei nachgewiesen werden, daß bei dem Urgroßvater der Patientin eine typische endogene Melancholie vorgelegen habe, daß ihr Onkel durch Suicid endete und dessen Sohn wiederum eine deutlich manisch-depressive Phase durchgemacht habe, die ihn zur Aufgabe seines Studiums zwang.

Fall 3.

Als weiterer Fall, der zeigen soll, wie sehr das verschwommene Bild der Syndrome die Diagnosestellung erschweren kann, sei folgendes angeführt:

Es wurde ein Gutachten angefordert über einen Kranken, der bereits mehrere Male in Anstalten aufgenommen werden mußte und entmündigt worden war, dessen Krankheitsbild aber öfters unter verschiedener Diagnose aufgeführt worden war. So sprach man einmal von einer Dementia praecox mit manischen Anfällen, ein andermal legte man das Hauptgewicht auf die epileptiformen Anfälle als encephaltischen Folgezustand, wobei erwähnt wurde, daß der Kranke als Kind mit 1½ Jahren das „Gefraisch" gehabt habe. Ein drittes Mal erkannte man auf Schizophrenie, und zwar auf die katatone Form derselben. Was diese letzte Diagnosestellung anbetrifft, so könnte man sie zweifellos als begründet gelten lassen, da das depressive Zustandsbild des Kranken sich bis zu stupurös-negativistischen Erscheinungen steigerte. Wesentlich zur differential-diagnostischen Stellungnahme bei der Schizophrenie ist aber, daß diese häufig einen Defektzustand hinterläßt. Da dies bei dem Kranken nicht der Fall war, lag es näher, die stupurösen Erscheinungen in den Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins einzureihen. Für die Annahme dieses Krankheitsbildes sprach auch vor allem der typisch phasenhafte Verlauf, der sich in einzelnen Krankheitsperioden, zwischen denen Zeiten der geistigen Gesundheit ausdrückte. Es wurde von anderer Seite auch von epileptiformen Anfällen gesprochen unter Beziehung auf aufgetretene Bewußtseinstrübungen und zeitweilige Verwirrtheit. Man dachte hiebei an frühere encephalitische Entzündungen, welche der Patient durchgemacht hat und glaubte hierin die Ursache hiefür zu sehen. Der Gutachter berief sich jedoch in seinem Urteil auch in diesem Falle auf den Allgemeineindruck, den das Krankheitsbild des

Patienten bot und griff zurück auf den Erbgang des Kranken; hiebei ergab sich, daß der Vater des Kranken an eindeutigen manisch-depressivem Irresein erkrankt war. Diese Tatsache war erhärtend für die Diagnosestellung, so daß man berechtigt war, die genannten Bewußtseinstrübungen als Phasen einer verworrenen Manie geltend zu machen.

Fall 4.

Bei diesem nächsten Fall, den ich anführe, ist von verschiedener Seite bei näherer Beobachtung Zweifel darüber geäußert worden, ob es sich bei der Patientin nicht etwa um Schizophrenie handeln dürfte. Nachdem bereits vom Amtsarzt Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen manisch-melancholischen Irreseins mit degenerativer Note gestellt worden war, sollte nunmehr lediglich festgestellt werden, ob nicht doch eine Schizophrenie in Frage käme.

Aus der Krankengeschichte will ich in Kürze folgende wesentlichen Daten anführen:

Seit Juli 1930 deutlich depressive Phase mit mehreren Suicidversuchen. Seit März 1931 plötzlich Stimmungsschwankung. Auffallender Beschäftigungsdrang, nach ihrer Angabe soll die Kranke in dieser Zeit sechzig Freundinnen gehabt, soll mit sieben Herren zugleich ein Verhältnis unterhalten haben, von zu Hause fortgelaufen und nächtelang umhergeirrt sein, sie zeigte starke Ideenflucht und ausgeprägte Erotik. Deshalb erfolgte am 7. 5. 1931 Klinikeinlieferung.

Es stand hier zweifellos fest, daß es sich um eine manisch-depressive Erkrankung handelte. Die Schwierigkeit, die auch an Schizophrenie denken ließ, bestand aber darin, daß statt des üblichen gehobenen Affektes eine mißmutige Gereiztheit im Vordergrund stand. Der Verfasser des Gutachtens erblickte aber darin das Bild einer Mischform, wie sie Kräpelin deutlich schildert, und bezeichnete das Bild als eine gereizte Manie im Rahmen des zirkulären Irreseins. Gegen die Annahme einer Schizophrenie sprach vor allem der Umstand, daß die Kranke nie irgendwelche Sinnestäuschungen bot, schließlich zeigte auch der ganze Verlauf, wonach dem Erregungszustand jeweils eine deutliche depressive Phase vorausgegangen war, daß die Annahme des Verfassers des Gutachtens außer jedem Zweifel stand.

Fall 5.

Ein weiterer Fall, wobei der Gutachter die Diagnose einer depressiven Phase des zirkulären Irreseins stellte, die andere Seite dagegen

das Krankheitsbild exogen darzustellen versuchte, sei hiemit geschildert:

Bereits vom Bezirksarzt wurde Antrag auf Unfruchtbarmachung der Patientin wegen zirkulären Irreseins gestellt. Dagegen erhoben Einspruch der Ehemann sowie der behandelnde Arzt. Beide brachten vor, daß es sich bei der Kranken um eine Hirnsyphilis handle und daß somit die seelischen Veränderungen lediglich die Folge dieser luetischen Erkrankung seien.

Nach genauester Beobachtung und Nachforschung zeigte sich jedoch auch hier ein anderes diagnostisches Bild: Die Annahme einer Hirnsyphilis konnte nicht nachgewiesen werden. Auch der Arzt, der die Frau früher behandelte, zog, obwohl er von der luetischen Infektion wußte, eine Hirnsyphilis nicht in Betracht, er wandte daher auch keine dementsprechende Behandlung an, sondern stellte bereits vor zwei Jahren bei der Kranken zirkuläres Irresein fest.

Außerdem wies die übrige Anamnese und die Familiengeschichte, die von anderer Seite nicht mit der nötigen Gründlichkeit erörtert worden war, deutlich das Bild einer depressiven Phase des manisch-depressiven Irreseins auf. Um aus der Vielzahl der Symptome einige wesentliche herauszuziehen, sei erwähnt, daß die Patientin sich dauernd grundlose Selbstvorwürfe machte, sie lebte in ständiger unbegründeter Angst, gequält von Minderwertigkeitskomplexen. Das ganze Dorf würde dauernd von ihr Schlechtes reden, freudlos in sich gekauert erklärte sie einmal: „Wenn ich nur sterben könnte." Daneben konnten auch Gewichtsabnahme und allgemeine Appetitlosigkeit festgestellt werden, Symptome, die bei manisch-depressivem Irresein nicht selten das Bild vervollständigen.

Nachdem schließlich auch in der Familiengeschichte sich ein Fall der manisch-depressiven Erkrankung nachweisen ließ, stand die Annahme einer depressiven Phase des zirkulären Irreseins zweifellos fest und somit auch die Notwendigkeit der Sterilisierung.

Fall 6.

Vom Amtsarzt wurde die Unfruchtbarmachung des 1911 geborenen X. gefordert. Dagegen wurde sowohl vom Kranken selbst, der behauptete, seit seiner Entlassung aus der Anstalt gesund zu sein, sowie von dessen Rechtsanwalt Einspruch erhoben. Letzterer behauptete, es sei zwar die Krankheitsanlage gegeben, aber es könnten wohl nicht nur die Krankheitsschübe abgeklungen, sondern auch die Krankheitsanlage selbst weggefallen sein. Außerdem könnten die geistigen Störungen Zeichen einer Pubertätpsychose sein.

Aus der Krankengeschichte ging hervor, daß der Patent bereits mit sechzehn Jahren in eine Heil- und Pflegeanstalt aufgenommen werden mußte, nachdem er bereits zu Hause zwei länger dauernde Erregungszustände hatte. Deutliche Ideenflucht bei völligem Erhaltensein der Persönlichkeit sowie Periodizität der Erregungszustände waren auch hier die hervortretendsten Merkmale, die neben den übrigen Symptomen des manisch-depressiven Irreseins in ihrer Schwere das Zustandsbild einer Pubertätspsychose ausschließen ließen. Der Erbgang und die typisch pyknische Erscheinung erhärteten auch hier die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins. Was den auch bei anderen Fällen immer wieder erwähnten Umstand betrifft, daß der Kranke doch seit längerer Zeit fast keine Krankheitserscheinungen mehr aufweise, so sei die allgemein gültige Auffassung des Gutachters erwähnt: Gerade dieser Umstand spreche keineswegs gegen das Vorliegen einer Krankheit im Sinne des manisch-depressiven Irrseins, sondern sei als symptomfreies Intervall für diese Krankheit geradezu charakteristisch. Vom sogenannten „Wegfallen einer Krankheitsanlage", wie von anderer Seite vorgebracht wurde, kann natürlich in keinem Falle die Rede sein, denn das gibt es nicht.

Fall 7.

Sehr lehrreich ist die Durcharbeitung des Gutachtens im Falle X. Hier waren drei grundsätzlich verschiedene Annahmen der Diagnose zugrunde gelegen. Es handelte sich um die Beantwortung der Fragen:

Ist X. wirklich nur als hypomanischer Psychopath aufzufassen, d. h. handelt es sich bei ihm nur um eine normale Charakterspielart mit gewissen degenerativen Zügen, oder
ist X. Paranoiker, oder
liegt ein organisches Nervenleiden vor?

Die erste Diagnosestellung stützte sich in erster Linie darauf, daß der Patient bereits kriminell geworden war, dauernd querulierte, wie ein Buch redete und Drohungen aussprach. Es wurde jedoch nachgewiesen, daß zum klinischen Zustandsbild einer psychopathischen Persönlichkeit vor allem das Degenerative gehöre. Und dieses war in diesem Falle nicht vorhanden. Die häufigen psychischen Auffälligkeiten wurden eben aus der manischen Erregung heraus gedeutet. Außerdem waren es keine leichten Erregungen bei dem Patienten, sondern echte chronische, die sogar seine Entmündigung veranlaßten. Der Kranke hat Jahre hindurch eine gleichbleibende manische Vielgeschäftigkeit, Erregbarkeit und ethische Unbedenklichkeit bewiesen.

Die Diagnose der psychopathischen Persönlichkeit konnte daher nicht als hinreichend geltend gemacht werden. Was die Drohungen und sonstigen vielen Versicherungen des Patienten betraf, so zeigte sich, daß man all diese kaum ernst nehmen konnte, ein deutlicher Gegensatz zu dem Zustandsbild eines Paranoikers. Schließlich konnten für die Behauptung eines organischen Nervenleidens keinerlei Anhaltspunkte gefunden werden. Die Wassermannsche Reaktion im Blut war negativ.

Nachdem sich die chronische Manie aus der Belastungsfrage nachweisen ließ, und auch hier wie bei den Eltern der pyknische Habitus ausgesprochen in Erscheinung trat, ergab sich, daß dieser Krankheitszustand dem manisch-melancholischen Krankheitsbild sehr wohl zugerechnet werden konnte. Außerdem berichtete X. selbst, daß er seit kürzerer Zeit nunmehr auffallend gedrückt und mißgestimmt sei, ohne eigentliche äußere Veranlassung.

Abschließend möchte ich noch in Kürze ein Gutachten erwähnen, dessen Beweisgründe bei den vorher angeführten Gutachten sowie im ersten Teil meiner Arbeit eingehend erörtert wurden.

Es handelte sich im Falle 8 um die Feststellung, ob bei der Patientin Schwachsinn oder periodisch-melancholisches Irresein vorlag. Anamnestisch konnte festgestellt werden, daß bereits zwei deutlich depressive Phasen auf erblicher Grundlage nachweisbar waren. Bezüglich der Diagnose Schwachsinn stellte sich heraus, daß wohl die Kenntnisse der Patientin als unter dem Durchschnitt zu bezeichnen waren, dennoch aber damit die Diagnose Schwachsinn noch nicht berechtigt sein konnte. Auch in diesem Fall lag eine pyknische Konstitution vor.

IV. Zusammenfassung.

Die vorliegende Arbeit soll darlegen, mit welchen Schwierigkeiten die Diagnosestellung des manisch-depressiven Irreseins im erbgesundheitsgerichtlichen Verfahren verbunden sein kann.

Einleitend wurde im Hinblick auf die prozentuale Zunahme der Geisteskranken im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerungszunahme in Deutschland auf die drohende Gefahr einer negativen Auslese des Volkes hingewiesen; die daraus sich ergebende Notwendigkeit des Erlasses des Gesetzes über die Unfruchtbarmachung Geisteskranker hat auch bereits in außerdeutschen Ländern ähnliche Gesetzesbestimmungen hervorgerufen. Dabei zeigt ein geschichtlicher Überblick, daß diese Maßnahmen zur Gesunderhaltung eines Volkes schon seit alters-

her im Volke Wurzel gefaßt haben. In dem folgenden Abschnitt wird zur Erhärtung der Frage über die Berechtigung des Gesetzes der Unfruchtbarmachung Geisteskranker die Vererbbarkeit des manisch-depressiven Irreseins behandelt. Die verschiedenen Theorien über den Erbgang selbst (Rüdin, Hoffmann, Bumke) werden durch statistische Angaben vervollständigt.

Der zweite Fall behandelt in seinem ersten Abschnitt die wesentlichen differentialdiagnostischen Momente, die bei der Diagnosestellung des manisch-depressiven Irreseins von Wichtigkeit sein können. Hierbei wird auf die mannigfache Mischung der Symptome des manisch-depressiven Krankheitsbildes selbst sowie unter Hinweis auf die Untersuchungsergebnisse Kretzschmers und Georgis, besonders auf die Überschneidungsformen des schizophrenen und des manisch-depressiven Formenkreises hingewiesen.

Die praktische Auswertung dieser verschiedenen differentialdiagnostischen Momente erfolgt im dritten Teil anhand von Gutachten. Zur Entkräftigung der Diagnose des manisch-depressiven Irreseins werden hiebei Begründungen verschiedener Art vorgebracht. In diesen Gegenanträgen, die sowohl vom Patienten selbst als auch von dessen Verwandten und Rechtsvertretern gestellt werden, zeigt sich, daß für die Entstehung eines endogenen Zustandes häufig irgendwelche äußeren Umstände und Krankheiten angeschuldigt werden, wie z. B. große seelische Erlebnisse, eine vor Jahren überstandene Erkrankung an Typhus, organisches Nervenleiden und Hirnsyphilis. Erschwerend für die Diagnosestellung wirkt aber auch der Umstand, daß selbst bei zugestandener Geisteskrankheit von seiten des Patienten diese unter falschem Namen geht. Die hauptsächlichsten diagnostischen Schwierigkeiten bieten jedoch die Grenzfälle, wie sie auch in den angeführten Gutachten vorkommen. Hier handelt es sich in erster Linie um die entscheidende Frage, ob Schizophrenie oder manisch-depressives Irresein vorliegt. Letzten Endes ist gerade in diesen Grenzfällen neben dem Phasenhaften des Krankheitsverlaufes die aus der anamnestischen Erhebung des Erbganges resultierende Belastungsfrage für die Diagnosestellung von ausschlaggebender Bedeutung. Die pyknische Erscheinungsfoam kann in solchen Fällen ein Glied in der Beweiskette bilden.

Ein besonders schwieriges Kapitel in der Differentialdiagnose ist die Einordnung der klimakterischen Depressionen, auch der des Praeseniums bzw. der Involution. Da sich die vorliegende Arbeit auf ein erbgesundheitsgerichtliches Material stützt, konnte zu diesen Fragen kein Material vorgelegt werden, nachdem in der überwiegenden

Mehrzahl der Fälle solche Kranke sich bereits praktisch außerhalb der Zeit der Fortpflanzungsfähigkeit befinden und deshalb kein Verfahren eingeleitet zu werden braucht. Aber auch bei diesen Beurteilungen, die immerhin für die Wertigkeit einer Sippe eine wichtige Rolle spielen, ist die Diagnose nur unter Aufbietung aller Hilfsmittel, unter genauer Erhebung der Anamnese, der Erblichkeit und unter entsprechender Auswertung der Symptomatologie möglich.

V. Literaturverzeichnis.

Birnbaum	=	Der Aufbau der Psychose. Berlin 1923.
Bonhoeffer	=	Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen, inneren Erkrankungen.
Bostroem	=	Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse. Archiv für Psychiatrie 86, 1929.
Bumke	=	Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 2. Aufl. Berl. 1924.
Ewald	=	Paranoia und manisch-depressives Irresein. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 49, 1919.
Ewald	=	Das man. Element der Paranoia. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 75/1925.
Graf	=	Vererbungslehre und Erbgesundheitslehre. München 1930.
Gaupp	=	Die Frage der kombin. Psychosen. Archiv für Psychiatrie, Bd. 76.
Hoffmann	=	Vererbung und Seelenleben. Berlin 1922.
Jahnel	=	Die kongenitale Syphilis und ihre Beziehungen zu Nerven- und Geisteskrankheiten. Klin. Wochenschrift 6, Nr. 19, 1927.
Kraepelin	=	Klinische Psychiatrie 1927.
Kretzschmar	=	Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin 1924.
Bähr	=	Zwei atypische Fälle von zirkulärem Irresein. Schweizer Hoffestschrift. Berlin 1903.
Lange	=	Die endogenen und reaktiv gemischten Krankheiten und das manisch-depressive Irresein.
Rehm	=	Das manisch-depressive Irresein. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Heft 17, 1919.
Schroeder	=	Ungewöhnliche periodische Psychosen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. 44.
Seelert	=	Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbild und der Pathogenese von Psychosen. Berlin 1919.
Stransky	=	Das manisch-depressive Irresein, 1911.
Specht	=	Chronische Manie-Paranoia. Zentralblatt für Nervenheilkunde 1905.
Urstein	=	Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein, 1909.

Abschließend möchte ich Herrn Oberarzt Dr. habil. Bingel für die freundliche Durchsicht der Arbeit meinen aufrichtigen Dank aussprechen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Meggendorfer für die Überlassung des Themas und die liebenswürdige Übernahme des Referats zu dieser Arbeit.

Lebenslauf.

Ich bin am 7. Januar 1908 in Schwarzenfeld als viertes Kind des Lehrers Lorenz Reus und der Anna Reus, geb. Schwägerl, geboren. Die Volksschule besuchte ich in Schwarzenfeld, das humanistische Gymnasium in Amberg. Dort legte ich Ostern 1929 die Reifeprüfung ab. Mein medizinisches Studium begann ich an der Universität in München. Dort legte ich 1937 die ärztliche Vorprüfung ab. Alsdann setzte ich mein Studium an der Universität Erlangen fort, wo ich im Sommer 1940 das medizinische Staatsexamen ablegte.

Rudolf Reus.